

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

256

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

EMMANUEL P. ZANNIS

Né le 25 Août 1907, à MALONA (Ile de Rhodes).

Hérédo-Syphilis et Troubles Psychiques de l'enfance

Président de thèse : M. le Professeur NOBECOURT

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

EMMANUEL P. ZANNIS

Né le 25 Août 1907, à MALONA (Ile de Rhodes).

Hérédo-Syphilis et Troubles Psychiques de l'enfance

Président de thèse : M. le Professeur NOBECOURT

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AJOUANINE.....	Neurologie et psychiatrie.
.....	Physiologie.
BERTIN.....	Pathologie médicale.
NARD (Henri).....	Pathologie médicale.
NNIÉ.....	Chimie biologique.
OCQ.....	Pathologie chirurgicale.
ULÉ.....	Pathologie médicale.
DENAT.....	Pathologie chirurgicale.
THALA.....	Pathologie médicale.
ABROL.....	Pathologie médicale.
EVALLIER.....	Pathologie médicale.
udart-d'Allaines.....	Pathologie chirurgicale.
OGNON.....	Physique.
ONZELOT.....	Pathologie médicale.
ALLE.....	Obstétrique.
Y.....	Urologie.
RNIER.....	Pathologie expérimentale.
STINEL.....	Bactériologie.
TELIER.....	Pathologie chirurgicale.
ROUD.....	Histologie.
RVIER.....	Pathologie médicale.
VELACQUE.....	Anatomie.
TINEL.....	Pathologie médicale.
ANNON.....	Hygiène.
BBÉ (Henri).....	Chimie biologique.
OCHE (Guy).....	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.....	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD.....	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.....	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

SQUET.....	Pharmacologie.
ENIOT.....	Obstétrique.
QUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERRER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX..... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.
L'IGNEL LAVASTINE. . .	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE,

A MON PÈRE,

En témoignage de ma respectueuse affection et de l'infinie reconnaissance que je leur dois.

A MON FRÈRE,

A MES SŒURS.

A MES GRANDS-PARENTS,

(In memoriam.)

MEIS ET AMICIS.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT,
Professeur de clinique des maladies des enfants,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

Respectueux hommage pour le
grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de
notre thèse.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR L. BABONNEIX,
Médecin des Hôpitaux.

Avec l'hommage de mon respectueux attachement et de ma sincère gratitude pour la sollicitude et la bienveillance qu'il ne cesse de me témoigner.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ D'ATHÈNES.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LYON.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS.

A MES JUGES.

A MES EXCELLENTS AMIS G. ALEXANDRATOS,
E. BOROS, P. KYPRIOTIS, F. MARQUIDIS,
J. PERISTIANY, A. RODOCANACHI.

INTRODUCTION

Le problème étiologique en médecine a toujours préoccupé l'esprit des observateurs.

Chercher une étiologie précise a toujours été l'ambition, non seulement de toute découverte véritablement scientifique, mais encore pratique, vu les déductions thérapeutiques qui devaient en résulter.

Mais si le diagnostic étiologique d'une maladie acquise, comporte parfois de sérieuses difficultés, que tout médecin connaît, le diagnostic étiologique d'une maladie héréditaire est autrement difficile, puisqu'il faut remonter quelquefois plusieurs générations en arrière pour l'étayer sur des bases solides.

Que l'on ne s'étonne donc pas, si on a mis tant de temps à rapporter à leur véritable cause certains troubles psychiques chez l'enfant.

« Pour résoudre ce problème », comme l'écrit notre éminent Maître, M. Babonneix », deux méthodes : l'une consiste à verser aux débats des arguments théoriques, l'autre à y jeter des faits.

Malgré d'immenses efforts, la première a, une fois de plus, consacré la faillite de l'érudition aride et sans vie ; inaugurée par le Professeur Fournier, et fondée sur la seule clinique, la seconde a su améliorer et parfois même guérir des états morbides jusqu'alors considérés comme incurables. »

C'est ainsi qu'avant les travaux du Professeur Fournier on considérait généralement que certaines difformités psychiques et physiques chez les enfants étaient l'apanage de la dégénérescence, conformément aux idées de Morel.

D'autre part l'absence au début, de moyens plus sûrs d'investigation, à savoir les procédés de laboratoire, plus tard les grosses difficultés d'interprétation des résultats obtenus constituaient un obstacle insurmontable à la diagnose précise de leur étiologie.

Il a fallu des observations précises et des faits nouveaux fournis par les procédés de laboratoire, pour qu'une étiologie jusqu'alors soupçonnée fut mise en pleine évidence.

Mais malgré que des faits de cet ordre soient indiscutables certains auteurs, et non des moindres, Parrot, Freud, P. Marie, Sicard, etc., sont allés jusqu'à nier complètement le rôle de la syphilis héréditaire sur la genèse de troubles psychiques chez les enfants. Cependant les travaux de notre Maître, M. Babonneix qui, depuis vingt-cinq ans, n'a cessé d'apporter sur cette question les fruits de son expérience, ont établi d'une manière définitive le rôle considérable que joue la

syphilis héréditaire dans les manifestations psychopathiques de l'enfance.

Aussi d'autres auteurs, Hamel et Lopez Albo, rapporteurs du même sujet au dernier congrès de Barcelone, Laignel-Lavastine dans une communication, Decamps et Vermeylen dans une autre, à ce même congrès, ont apporté des faits analogues qui, de concert avec ceux de M. Babonneix, établissent le rôle pathologique primordial de la syphilis héréditaire dans la genèse de troubles psychiques chez les enfants.

Nous avons choisi ce problème, sur le conseil de notre Maître, M. Babonneix, comme sujet de notre thèse.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter quelque chose de nouveau, mais de confirmer cette théorie par un certain nombre d'observations où les signes de l'hérédo-syphilis sont « graves, précis, concordants. »

Avant de nous engager dans ce sujet nous tenons à remercier ici le Docteur Babonneix qui fut pour nous le guide bienveillant, et à l'obligeance duquel nous devons la grande partie de nos observations. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance à laquelle nous voulons associer son assistant, le Docteur G. Robin, qui nous a aidé dans l'accomplissement de notre tâche.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En France le Professeur Fournier est un des premiers à avoir attiré l'attention sur le rôle étiologique de la syphilis héréditaire dans la production des troubles psychiques chez les enfants.

Laissant de côté toute considération d'ordre théorique et se basant sur la seule clinique, il a donné une description parfaite de tous les troubles nerveux que peuvent présenter les hérédo-syphilitiques.

A l'appui de sa théorie, Fournier invoque les lésions anatomiques qui ont été constatées à l'autopsie des enfants hérédo-syphilitiques, présentant de leur vivant des troubles psychiques.

Ces lésions sont de deux ordres, soit directes, c'est-à-dire affectant primitivement l'encéphale, soit indirectes, c'est-à-dire n'intéressant l'encéphale que par retentissement du voisinage. Il cite les observations de

Cruveilhier qui a trouvé à l'autopsie d'un nouveau-né syphilitique la dure-mère infiltrée de pus au niveau des voûtes orbitaires du frontal ;

de Chavrier qui, dans un autre cas identique, a trouvé de grandes taches purulentes à l'intérieur du crâne, entre la dure-mère et l'os ;

de Wegner, Waldeyer et Kôbner en Allemagne, Parrot en France, qui ont rencontré sur de tous jeunes enfants syphilitique des périostites internes du crâne plus ou moins étendues ;

de Ch. Robin qui a constaté une sclérose cérébrale sur un enfant hérédo-syphilitique.

Virchow, Daniel, Barlow, Chiari, etc., ont observé des lésions analogues.

« Toutes ces lésions sont », écrit-il ⁽¹⁾, malheureusement mortelles dès le tout jeune âge, cela ne souffre pas de contradiction, quelquefois cependant certaines de ces lésions ne tuent pas *illico*, elles laissent vivre les petits malades.

« Eh bien ! quels sont donc ces survivants des « épaves » de la syphilis cérébrale du jeune âge ? Sous quelle physionomie de tels sujets vont-ils se présenter à nous dans une période plus ou moins avancée de la vie ? »

Et il conclut :

« C'est un fait absolument indiscutable aujourd'hui que les descendants de sujets syphilitiques sont quelquefois frappés de déchéance intellectuelle. En d'autres

(1) S.-H. Tardive-Fournier. — Paris 1886. P. 448.

termes, la syphilis héréditaire aboutit en certains cas à créer des enfants bornés, incapables, même idiots. »

« Dans le premier degré, on a affaire à des sujets pauvres d'esprit, inintelligents, simples, niais, bornés. Enfants ils ne sont développés, au double point de vue physique et moral que d'une façon lente et pénible, ils ont fait leurs dents tard, ils sont restés longtemps petits, étiolés, rabougris. De même, ils n'ont commencé à parler que tardivement. Plus tard ils ont eu toutes les peines du monde à apprendre à lire et à écrire. Leur vocabulaire est toujours très restreint et leur mémoire défectueuse. »

« A dix ou douze ans leurs amusements, leurs jeux sont ceux d'enfants d'un âge inférieur. Adolescents, ils deviennent de mauvais écoliers, mal doués, ne faisant que peu de progrès, toujours en retard sur leurs condisciples, alourdis, épais, simples, obtus, niais, en un mot incapables d'une véritable culture intellectuelle. Politiquement, on les appelle des « enfants arriérés ». Au collège, leurs camarades les qualifient d'un autre terme, que vous savez, à la fois moins indulgent et plus vrai. »

« Dans un second degré, la syphilis héréditaire réalise des types voisins de ce qu'on appelle l'imbécile ou l'idiot. »

Dans le même chapitre, le Professeur Fournier étudie longuement la forme à symptômes intéressant le caractère.

« Presque constamment, écrit-il, cette défaillance de l'intellect a pour symptômes connexes des troubles qu'on appelle moraux chez l'adulte et qui consistent en des

inodifications de caractère, d'humeur, d'habitudes. Ces troubles nous échappent sur nos malades d'hôpital, parce que nous manquons de points de repère pour les apprécier ; mais en ville, ils nous sont longuement exposés par les familles et constituent une des expressions les plus remarquées de la maladie ; l'enfant, vous dira-t-on, a perdu depuis quelque temps son entrain, sa vivacité, sa gaîté, sa pétulance habituelle, il est devenu lourd, apathique, indifférent, désœuvré, il ne s'amuse plus de rien, il joue moins ou même ne joue plus que par foudades sans prendre cœur à ce qu'il fait, il est impatient, irritable, grognon, maussade, il est de plus mobile d'impressions, torpide ou excité tour à tour, passant du rire aux pleurs et réciproquement, il a des colères sans motifs, etc... Si bien que, comme conclusion à ce tableau les parents ajoutent eux-mêmes cette appréciation significative : « Ce n'est plus le même enfant ! tant il a changé d'humeur et d'habitudes depuis quelque temps. »

Depuis les mémorables travaux de Fournier, des recherches de tout ordre, cliniques, sérologiques, statistiques, ont été consacrées au même sujet.

Voici, par ordre chronologique, les principaux travaux : Le professeur Régis (de Bordeaux), dans un grand nombre de travaux et notamment dans celui sur la « descendance des paralytiques généraux », avait insisté sur le rôle de cette hérédité, comparée à celle de l'alcoolisme, et sur les moyens cliniques de la dépister.

Mais c'est surtout en 1901 que l'on rencontre pour la première fois une étude de l'origine des psycho-

pathies infantiles où soit invoquée avec précision son influence. Elle est due à Bourneville.

Dans une statistique concernant les causes des « maladies nerveuses et chroniques de l'enfance qui produisent les différentes formes d'idiotie, d'impérillité, d'arriération intellectuelle morale et d'hebephrenie », il attire particulièrement l'attention sur trois de ces causes : la syphilis, l'alcoolisme, les professions insalubres.

Bientôt, la généralisation de la réaction de Bordet-Wassermann apporte aux investigations des neuropsychiatres une base solide. Les réactions sérologiques et l'examen du L.C.R. vont permettre de rechercher, parmi les signes cliniques, stigmates ou symptômes évolutifs, ceux qui appartiennent à la syphilis.

En 1908, Raviart et ses élèves étudient la réaction de B. W. chez les aliénés en général et chez les arriérés en particulier, ils la trouvent positive 33 % chez ces derniers.

Les mêmes auteurs constatent aussi la nature spécifique des stigmates dits d'hérédo-syphilis, lesquels se confondent, comme le montre leur énumération, avec les stigmates de *dégénérescence*.

En 1909, Lipmann trouve la réaction de B. W. positive chez 34 % des idiots, mêmes recherches de Kellner, Clamens, Brukner et Rautemberg.

En 1910, Bertin et Gayot consacrent un important travail aux relations de la S. H. avec l'idiotie et l'épilepsie. Pour eux la réaction de B. W. est souvent positive chez les idiots alors même que les stigmates dystrophiques sont trop atténués pour permettre le dia-

gnostic clinique. Depuis, les travaux se multiplient. Fournier, Massol, Savy, Peluc et Gardère étudient les manifestations nerveuses de la syphilis congénitale.

En 1906, Babonneix affirme que l'hérédo-syphilis est la cause première de l'immense majorité des cas de P. G. juvéniles et de bon nombre d'encéphalopathies infantiles et conseille l'emploi du B. W. et l'examen du liquide C. R.

En 1917, Babonneix et David montrent que, comme l'enseignent depuis longtemps Fournier et Gaucher, les stigmates de la dégénérescence ne sont autre chose que des stigmates d'H. S.

Depuis cette époque personne n'ayant plus le droit de considérer les troubles psychiques de l'enfance comme étant l'apanage de la dégénérescence, il fallait, en conséquence, en chercher une étiologie. Heuyer fixe ainsi les causes de dégénérescence : hérédité alcoolique 50 % ; H. syphilitique et tuberculeuse chacune 25 %. Depuis, son opinion s'est modifiée comme en témoigne la thèse de son élève P. Mâle ⁽¹⁾. Celui-ci trouve la syphilis héréditaire avec certitude chez les enfants anormaux dans 40 %, des cas. Mais la grande fréquence des formes latentes ou difficiles à diagnostiquer, lui semble indiquer que cette proportion est inférieure à la réalité. Quant aux autres étiologies (tuberculose, alcool, psychopathies, traumatismes obstétricaux, encéphalite, affections de l'enfance), dans 16 % des cas seulement peuvent-elles être relevées. A la conférence de la syphilis

(1) Thèse de Paris 1927.

héréditaire de Paris (5, 6, 7 octobre 1925), au cours de laquelle MM. Leredde, Carle, Laignel-Lavastine, Queyrat, mettent en évidence l'origine hérédo-syphilitique fréquente des syndrômes psychopathiques de l'enfance. Enfin G. Heuyer et Mlle Badonnel, en juin 1928, parmi 669 enfants examinés en 1927 à la consultation de neuro-psychiâtrie infantile, ont relevé les facteurs étiologiques suivants :

Hérédité syphilitique (certaine, probable ou suspecte) dans 40, 24 % des cas, contre 13,7 % pour l'hérédité névro et psychopathique, 6,11 %, pour l'hérédité alcoolique, 36, 28 % des facteurs indéterminés ou acquis, ces derniers en très faible proportion.

Au congrès de Barcelone (21-26 mai 1929), Hamel et Lopez Albo rapporteurs, trouvent la réaction de B. W. 83 % positive chez leurs malades. Ce chiffre énorme s'explique si on tient compte que ces auteurs ont associé à la réaction classique d'autres réactions qui sont peut-être plus sensibles, Hecht, Calmette, Jacobsthal et Meinicke, compte tenu seulement des hérédos certains.

A la discussion qui a suivi le très important rapport de Hamel et Lopez Albo tous les congressistes ont été unanimes à reconnaître le rôle capital que joue l'H. S. dans la production de troubles psychiques chez les enfants.

M. Lépine, en particulier, a insisté sur les troubles du caractère et sur l'influence, parfois remarquable du traitement.

Depuis cette époque, notre Maître, M. Babonneix, a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (janvier 1930 et

janvier 1931), deux importants articles qui confirment pleinement le rôle considérable que joue l'H. S. dans l'étiologie des troubles psychiques des enfants.

Qu'est-ce qu'un enfant mentalement anormal ?

Au congrès d'assistance de Montpellier (1914), Regis et P. Boncour ont proposé la définition suivante qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit quand on procède à l'examen d'un enfant qui présente des troubles psychiques.

L'enfant mentalement anormal est celui qui, sous l'influence de tares morbides héréditaires ou acquises, présente des défectuosités constitutionnelles d'ordre intellectuel, caractériel ou moral, associées, le plus souvent, à des défectuosités corporelles et capables de diminuer le pouvoir d'adaptation au milieu dans lequel il doit vivre régulièrement.

*
* *

L'examen d'un enfant anormal exige au préalable une anamnèse complète au sujet des parents et des ascendants. On relève l'hérédité syphilitique, nerveuse ou alcoolique, les traumatismes, les maladies de la mère au cours de la grossesse, l'accouchement anormal (longueur de l'accouchement, application de forceps, accouchement avant terme).

On essaie d'obtenir le poids de l'enfant à la naissance, l'âge de la première dent, de la marche, de la parole, de la propreté. On recherche les affections du premier âge (ictère, convulsions, maladies infectieuses,

etc.), l'attitude à la maison et à l'école qui renseignent sur les modalités du caractère et de l'affectivité.

L'interrogatoire de l'enfant se fera de préférence d'abord en présence des parents, puis seul avec lui. Quant au niveau scolaire et au niveau mental, ils seront établis obligatoirement sans témoins.

L'examen physique retient longuement le neuro-psychiâtre, il est presque toujours complété, soit d'exams spéciaux (organes des sens), soit de recherches de laboratoire (réactions biologiques métabolisme basal, etc.), et, comme le disait Regis « un enfant ainsi examiné de pied en cap a été en quelque sorte retapé, remis à neuf et son éducation a beaucoup plus de chances de donner de bons résultats. »

N. B. — *Pour mieux comprendre le rôle de l'hérédosyphilis sur la genèse de troubles psychiques chez les enfants, nous croyons utile d'étudier en des chapitres séparés : 1° Les troubles précoces ; 2° Les troubles tardifs, tout en subdivisant chacun de ces deux chapitres en deux paragraphes : a) troubles de l'intelligence ; b) troubles du caractère.*

CHAPITRE II

TROUBLES PRÉCOCES

§ 1^{er}. — TROUBLES PRÉCOCES DE L'INTELLIGENCE

Sous ce nom il faut entendre les manifestations d'arriération mentale, dont l'idiotie et l'imbécillité sont les manifestations inférieures et l'arriération mentale la forme la plus évoluée.

Une limite, donc, doit être établie entre la débilité intellectuelle (état anormal) et l'intelligence de moyenne basse (niveau le plus bas de l'état normal).

Il est clair que le trouble intellectuel, si minime qu'il soit, n'existe que lorsque les possibilités mentales de l'enfant ne lui permettent pas d'acquérir spontanément le niveau mental le moins élevé qui assure, qui permet, à celui qui est porteur d'être considéré comme normal.

Simon, par l'étude des adultes internés pour débilité mentale, conclut qu'un niveau mental de neuf ans (mesuré par les tests de Binet et Simon) est le niveau le plus

élevé avec lequel la vie au dehors devient incompatible.

En conséquence, un niveau de dix ans est suffisant, et celui qui en est porteur peut être considéré comme normal.

Binet et Simon utilisèrent leurs tests pour définir les trois degrés et proposèrent les limites suivantes :

L'idiot ne présente qu'un développement mental inférieur à celui d'un enfant de deux ans.

L'imbécile a un développement supérieur à celui d'un enfant de deux ans, mais ne dépasse pas celui d'un enfant de sept ans, le débile mental présente un développement supérieur à celui d'un enfant de sept ans et inférieur à celui d'un enfant de dix ans.

Ceci vaut, pour les adultes et les adolescents dont l'intelligence est stabilisée.

Quand il s'agit d'enfants dont l'intelligence est encore en voie de développement il vaut mieux, comme le conseille le Docteur Bonnis, de les considérer comme des débiles simples, car le retard peut être partiellement récupéré.

En effet, selon le Docteur Bonnis, le niveau d'intelligence est susceptible de s'élever chez les enfants arriérés, d'autant plus : 1° que le degré d'arriération est moindre ; 2° que le sujet est jeune.

Section A. — *Diagnostic*

Le diagnostic de l'arriération chez l'enfant se fera par la méthode des tests.

Tests de Binet et Simon pour la mesure de son niveau intellectuel.

Tests pédagogiques, de Mlle Bonnis, pour apprécier son niveau scolaire ; si l'enfant a un certain âge et va à l'école.

Trois cas peuvent alors se présenter.

1^o Le niveau mental et le niveau scolaire correspondent à l'âge réel de l'enfant ou sont supérieurs, il s'agit alors d'un enfant normal.

2^o Le niveau scolaire et le niveau mental sont inférieurs à l'âge réel de l'enfant, c'est l'arriéré vrai.

3^o Le niveau mental correspond à l'âge réel de l'enfant mais son niveau scolaire est inférieur à son âge.

Dès lors, deux problèmes se posent :

a) S'agit-il d'arriération scolaire ou pédagogique ?

b) S'agit-il de pseudo-arriération mentale (arriération affective ?

ARRIÉRATION PÉDAGOGIQUE

L'arriération pédagogique est toujours symptomatique, par conséquent on doit toujours en rechercher les causes. Elle est occasionnelle ou habituelle (G. Robin).

a) *Arriération pédagogique occasionnelle*

Les causes de cette arriération sont multiples.

Enumérons les principales :

Fréquentation irrégulière de l'école, changements fréquents de l'école par suite de déplacements familiaux répétés. Enfant en abandon moral. Les parents se moquent ouvertement de l'école. L'enfant perd le respect

du maître et ses progrès scolaires souffrent de ce manque de stimulation.

Erreur dans le classement de l'enfant qui est classé dans une classe trop haute pour lui. Il se décourage. Si on le fait descendre d'une ou deux classes, il se révèle excellent travailleur.

Il y a des enfants en retard parce qu'ils ont été mal enseignés au début de leurs études.

Les troubles de la vision (myopie, astigmatisme) sont souvent la cause de l'arriération. Ils doivent être d'autant plus recherchés que les enfants ne s'en plaignent pas en général, soit par timidité, soit par ignorance et inconscience.

La surdité est souvent la cause de cette arriération. Découragement menant soit à des réactions de bouderies et d'ent tements, soit à une apathie transitoire qui nuisent à son  ducation. Tel enfant, par exemple, qui, malgré ses efforts reste toujours le dernier de sa classe et reçoit de mauvaises notes, arrive au découragement et même au dégoût de l'étude, surtout s'il ne trouve pas auprès de ses parents un réconfort moral. (Binet).

b) Arriération pédagogique habituelle

Les causes de cette forme d'arriération pédagogique sont multiples. Voici les principales :

Lenteur psychique habituelle. Le retard scolaire se fait sentir parce que les programmes se basent sur des qualités de mémoire rapide et de vivacité de l'esprit.

Maladies du système nerveux. Encéphalite léthargique, épilepsie latente,

Infirmités psychiques. Gêne motrice, troubles de l'écriture et de la parole entravant la scolarité.

On ne confondra pas ces infirmités avec celles qui ne sont pas par elles-mêmes une gêne scolaire, mais qui nuisent aux progrès pédagogiques par le sentiment d'infériorité auquel elles exposent l'enfant (Dystrophies, syphose, scoliose, claudication. Little fruste, tics divers, baigaiement, etc..). (Gilbert Robin.)

Mais dans la grande majorité des cas ce sont les troubles constitutionnels du caractère qui sont la cause de l'arriération scolaire.

a) L'émotivité morbide est d'observation courante. La présence des camarades, le moindre regard du maître déchaînent dans leur intérieur un violent orage d'émotion qui les trouble, les désorganise, les rend incapables de réfléchir à quoi que ce soit.

b) les paranoïaques, orgueilleux et méfiants.

c) les cyclothymiques quand des phases d'excitation succèdent aux phases de dépression et qu'il n'y a pas place pour des intervalles lucides.

d) les pervers, avec paresse décidée, volontaire, etc.,

e) les schizoïdes, l'enfant préfère la vie intérieure à la camaraderie, les romans d'aventure aux ouvrages scolaires, ils sont des autodidactes ; leur instruction a des lacunes.

b) PSEUDO-ARRIÉRATION MENTALES (arriération affective)

C'est aborder là le problème complexe et si difficile de l'arriération affective.

Hesnard, dans une intervention intéressante au

congrès de Bruxelles de 1911, insistait sur la « dissociation fréquente entre la débilité proprement intellectuelle et la débilité affective » qui explique un grand nombre de fausses lacunes intellectuelles de certains sujets.

L'exemple le plus démonstratif de cette arriération est celui d'un enfant élevé par exemple dans une ferme isolée, qui, bien que sa santé soit excellente et ses parents très sains, ne commence qu'à parler tardivement. Son père et sa mère n'étant présents qu'aux heures des repas et l'enfant passant toutes ses journées dans un berceau.

Un autre cas d'observation courante, est celui d'un enfant maltraité par ses parents, sans cesse humilié, critiqué, abruti, pourrait-on dire, par d'incessants reproches et qui, inhibé par de telles habitudes, fournit des réponses rares ou mal adaptées, donne l'impression de la stupidité, alors que, au bout de quelques jours, avec de la confiance, de la douceur, de la bonté, on se persuade que l'enfant est normal au point de vue intellectuel. L'interprétation est plus difficile quand l'enfant est un débile intellectuel et que les mauvais traitements ont exagéré l'état d'obtusion. Dans ce cas il faudrait retirer l'enfant de son milieu et le placer dans un centre d'observation. Après la chute de l'inhibition on constate que le retard constaté au premier examen n'était qu'apparent.

D'interprétation plus délicate, surtout quand on ne dispose que d'un seul examen psychiatrique, les cas d'obtusion affective dont les causes, fort diverses, ne

sont pas toujours aisément reconnues, attendu qu'elles se déroulent selon des mécanismes inconscients : choc affectif, obsessions, état de distraction par concentration psychique, (état schizoïde), l'impression est d'une arriération mentale profonde qui cède parfois, en de brusques éclaircies, venant fournir la preuve que l'intelligence n'est pas affectée, mais qui cependant ne laisse pas d'être d'un pronostic sérieux en raison de cette sorte de suspension des facultés. (G. Robin.)

Enfin, le caractère tout entier peut être profondément fixé à des tendances datant de la vie instinctive. Les pseudo-déficits intellectuels constatés dépendent alors d'un arrêt dans l'évolution de l'affectivité.

Les sentiments et les tendances qui dans les premiers mois de la vie se confondent d'abord avec la vie instinctive, au lieu de suivre l'évolution normale qui les en détache peu à peu, présentent cette anomalie de ne pas se plier à la réalité et de rester accrochés à des exigences, à des appétits uniquement instinctifs, l'enfant grandit mais il n'évolue pas, il reste dans un état d'arriération affective, d'infantilisme affectif. (Hesnard.)

Section B. — *Diagnostic étiologique*

Les facteurs étiologiques des troubles précoces de l'intelligence sont les suivants :

Infektions graves pendant la grossesse ; accouchement anormal ; parents consanguins ; hérédités alcoolique, syphilitique, neuropathique et tuberculeuse.

Parmi ces facteurs nous croyons que le rôle de

l'hérédo-syphilis est prépondérant, en conséquence il sera permis d'espérer, avec quelque réserve, la guérison ou l'amélioration de troubles congénitaux de l'intelligence. Il sera surtout possible de les prévenir, en intensifiant la prophylaxie anti-vénérienne.

a) *Infections graves pendant la grossesse.* — Les infections graves pendant la grossesse peuvent sans aucun doute produire des troubles intellectuels chez l'enfant ; mais leur rôle, quoique très important, est difficile à apprécier.

Dans toutes les observations que nous rapportons la grossesse n'était troublée par aucune infection grave ; on ne peut, par conséquent, invoquer ce facteur pour expliquer les troubles psychiques constatés chez nos malades.

b) *Traumatismes obstétricaux.* — Les traumatismes obstétricaux, quand ils sont suffisamment intenses, peuvent, à eux seuls, déterminer des lésions cérébro-méningées graves. Ils peuvent alors expliquer les troubles psychiques constatés.

Mais dans la grande majorité des cas ils sont insuffisants à déclencher une encéphalopathie infantile. (Couvelaire, Hutinel, Babonneix, Pigeaud, Voron et H. Pigeaud). « S'il en était autrement, comme l'écrit notre maître Babonneix, ne devrions-nous pas tous naître, qui avec une hémiplegie, qui avec des troubles intellectuels, etc..., car il est bien peu pour qui la naissance n'ait été l'origine, pour le crâne et pour son contenu, d'une sérieuse compression ? »

Quant à la coexistence si fréquente des traumatismes obstétricaux et de l'hérédo-syphilis voici l'explication qu'il donne : « A notre sens, écrit-il, ceux-ci exercent d'autant plus aisément leur action que les vaisseaux encéphaliques ont été fragilisés, sensibilisés par celle-ci. A elle, le rôle prédisposant, à eux, le rôle déterminant. »

Dans la statistique de M. Babonneix, qui porte sur quarante-deux cas, il ne trouve que dix-sept fois l'anomalie de l'accouchement. Cette anomalie consiste, soit à un accouchement prématuré, soit à un accouchement difficile, long, pénible, qui a nécessité une application de forceps, mais dans tous les cas on trouve des signes incontestables de l'hérédo-syphilis.

Dans les autres vingt-cinq cas de M. Babonneix on ne trouve en dehors d'une hérédo-syphilis certaine, aucune autre cause qui puisse expliquer les troubles psycho-pathiques constatés.

c) *Consanguinité des parents.* — Il faut toujours la chercher chez tout enfant qui présente des troubles psychiques.

En effet, quand elle existe et on ne trouve aucune autre cause qui puisse expliquer les troubles constatés c'est en elle qu'il faut les rapporter.

Mais elle n'a jamais été notée dans les observations que nous rapportons.

d) *Hérédité alcoolique.* — Dans les antécédents, des enfants atteints de troubles psychiques on trouve souvent l'hérédité alcoolique.

L'alcoolisme aigu des géniteurs est certainement une cause de blastotoxie, et ceci a été prouvé expérimentalement.

Mais rien n'est moins précis que la nature des lésions congénitales imputables à l'alcoolisme chronique des parents et surtout du père.

Il convient aussi de rappeler l'action favorisante de l'ivresse sur la contamination vénérienne.

En conséquence, il n'est pas excessif de penser que sous le masque d'éthylisme se trouve souvent la syphilis (ex. cirrhose du foie).

Claude, Targowla et Lamarche ont étudié le L.C.R. chez neuf alcooliques au cours d'accidents subaigus. Dans trois, il y avait altération du liquide, qui disparut avec les accidents d'alcoolisme. Dans un cas, il s'agissait d'une hérédosyphilis certaine, dans les deux autres, suspecte. Ils considèrent ces réactions passagères comme une véritable réactivation sous l'influence de l'intoxication.

Hamel et Lopez Albo ont cherché l'H. alcoolique chez cinquante-deux de leurs malades atteints de troubles psychiques. Ils l'ont trouvé douze fois : mais sept fois la sérologie était positive. Une fois la syphilis du père était certaine et quatre fois il y avait hyperalbuminose.

e) *Hérédité névropathique.* — Elle mérite plus d'attention et se rencontre fréquemment quoique souvent difficile à apprécier.

Dans une lignée de névro-psychopathes, il faut expliquer pour une autre cause le trouble psychique du

premier des ascendants, atteint dans ses facultés mentales.

La syphilis héréditaire a parmi d'autres causes (alcoolisme, toxi-infections, consanguinité morbide), sa place toute assignée, c'est là qu'interviendront les syphilitis héréditaires de seconde et troisième générations avec leurs sensibilisations nerveuses successives dont les effets varient en intensité suivant la lignée infectée (masculine ou féminine).

Hamel et Lopez Albo ont cherché l'hérédité névropathique, ils l'ont trouvée huit fois, mais six fois le B. W. était positif, et deux fois il y avait hyperalbuminose.

Voici à l'appui de cette opinion, deux observations, l'une de Duncan et l'autre de Hamel.

1° Famille de six enfants : deux atteints de P.G. juvénile, un troisième B. W., une fausse couche. Parents indemnes. Mais la mère a des antécédents psychopathiques : son père, deux oncles paternels, ses deux frères sont morts aliénés.

2° D. M., démence précoce. A. H. mère dégénérée, front olympien, six enfants dont débile 1 d. p. (notre malade), une fausse couche, A. C. une tante maternelle épileptique, un cousin germain de la mère interné. Examen biologique de la malade sang Hecht Calmette L.C.R.B.W. négatif Lymphocytose 0,1, albumine 0,20.

f) *Hérédité tuberculeuse*. — Elle aussi a été fréquemment invoquée, tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont d'accord pour reconnaître que,

dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une contamination hospitalière. Par conséquent, l'hérédité tuberculeuse n'existe pas ou mieux, si elle existe, elle est extrêmement rare. Nous voulons parler du virus filtrant mais il s'agit là d'un domaine hasardeux et de délimitation imprécise.

Voici quelques faits qui viennent à l'appui de cette opinion :

1° La transmission du bacille de Koch (virus filtrant) à travers le placenta, se produit d'une façon exceptionnelle (Calmette).

2° Même transmis pendant la vie foétale, le bacille de Koch ne détermine aucune lésion anatomique (Couvellaire).

3° Léon Bernard, examinant les cas, qui ont été attribués à une hérédodystrophie tuberculeuse ne croit pas à leur réalité.

La tuberculose joue un rôle important en pathologie mentale, surtout chez les adolescents, mais il ne s'agit pas d'hérédité tuberculeuse.

Par conséquent, la tuberculose ne fait qu'associer son rôle à celui de la syphilis héréditaire ou, mieux encore, ne sert qu'à faire apparaître des troubles jusqu'alors latents. Hamel et Lopez Albo ont cherché chez cinquante-deux enfants atteints d'arriération intellectuelle la tuberculose des parents. Ils l'ont trouvée trois fois, mais deux fois il y avait un B. W. positif et une fois de la lymphocytose rachidienne.

g) *Hérédosyphilis*. — Pour affirmer que les troubles

psychiques constatés relèvent de l'H.S., on s'appuie sur les arguments suivants :

a) Arguments d'ordre étiologique (interrogatoire et examen des parents) ;

b) Arguments d'ordre clinique (examen somatique de l'enfant) ;

c) Arguments biologiques ;

d) Epreuve thérapeutique (amélioration ou guérison des troubles psychiques constatés).

Nous n'avons pas la prétention d'analyser ici tous les arguments qui militent en faveur de l'H. S. On les trouvera longuement exposés dans l'excellent livre de notre maître, M. Babonneix ¹. Nous voulons seulement insister, après notre Maître Babonneix, sur l'interprétation de réactions biologiques. Il existe, en effet, des dispensaires antisyphilitiques où les médecins refusent de faire un traitement antispécifique pour la simple raison que la réaction de B. W. est négative.

Voici comment, d'après MM. Babonneix, Hamel et Lopez Albo il faut procéder.

Dès qu'on soupçonne l'hérédo-syphilis il faut faire une prise de sang et une ponction lombaire.

1° Si la réaction classique est négative, on doit lui substituer ou associer d'autres réactions.

Réactions au sérum frais de Hecht, Demoulières.

Réaction de Kahn (Nabarro).

Réaction de Calmette au sérum chauffé.

Procédé de Jacobsthal avec fixation à la glacière.

En effet, si pour le diagnostic de la syphilis acquise la concordance de résultats obtenus à l'aide des diverses

(1) *Syphilis héréditaire du système nerveux*. Masson, éditeur. 1930.

techniques, permet seule une attitude affirmative, au contraire, dans le dépistage de la syphilis héréditaire les résultats dissociés ne doivent être tenus ni pour négatifs ni pour douteux. (Hamel et Lopez Albo Moritz, de Madrid.)

2° Ne pas attendre pour pratiquer les diverses réactions, celles-ci devenant d'autant moins nettes que l'enfant avance en âge et restant presque toujours négatives au-dessus de seize ans. (Déan).

3° Les faire simultanément chez les parents et l'enfant et, mieux encore peut-être chez ses frères et sœurs. (Fraser et Watson), surtout s'il s'agit de nourrisson, on l'a trouvé en effet négative chez les nourrissons en pleine septicémie à spirochètes. En effet, tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ont été frappés par la diversité des combinaisons de résultats négatifs, partiels et positifs constatés chez des sujets appartenant à une même famille d'hérédo-syphilitiques certains. De telles constatations imposent une conception très large de l'interprétation qui doit être faite de résultats du laboratoire dans l'étude de l'hérédo-syphilis.

4° Si les diverses réactions sont négatives, les refaire après réactivation (Milian-Lefèvre). Dans son excellente thèse (Paris, 1925), M. Paul Lefèvre rapporte treize observations d'hérédo-syphilitiques avec troubles intellectuels, où la réaction n'est devenue positive qu'après réactivation.

5° Enfin les réactions biologiques peuvent être négatives bien que l'existence de l'hérédo-syphilis soit incontestable (Lefèvre-Mâle) ; c'est ce qu'on observe en cas

de lésions tertiaires, de processus éteints, cicatrisés, ou de simple état dystrophique.

6° Dans ce cas, se baser sur l'enquête familiale (aveux des parents), sur la clinique (constatation à l'examen des petits malades de signes d'H. S. certaine). Dans le doute, instituer un traitement spécifique.

Liquide céphalo-rachidien. — 1° Déjà l'hypertension du liquide C. R. a une certaine importance, surtout quand elle coexiste avec d'autres stigmates biologiques.

Vraisemblablement elle traduit un processus infectieux lent, insidieux, une méningite séreuse fruste ou latente (Hamel et L. Albo).

2° L'hyperlymphocytose est rare, elle indique quand elle existe une réaction méningée, dont elle est la première manifestation.

Généralement, chez les H. S., la réaction méningée est éteinte, la lymphocytose disparaît alors que l'hyperalbuminose, plus tenace, persiste.

3° L'hyperalbuminose a une importance considérable. Brochet et Vernes Rabeau la considèrent comme un signe rétrospectif de syphilis héréditaire.

Le taux est d'autant plus élevé que l'enfant présente des accidents évolutifs ; son chiffre est peu élevé, de 0,30 à 0,60.

Elle traduirait une évolution infectieuse latente, rebelle, et capable d'expliquer les désordres psychiques constatés.

h) *Infections graves de la première enfance.* — En dehors des facteurs étiologiques cités, d'autres causes jouent un rôle, quoique moindre, dans la genèse des

troubles psychiques de l'enfance, telles que les infections graves de la première enfance (encéphalite, etc.), mais toujours en très faible proportion.

§ 2. — TROUBLES PRÉCOCES DU CARACTÈRE

En psychiatrie la définition du mot caractère est précise. Le caractère consiste dans les dispositions constitutionnelles de nature affective qui adaptent les réactions de l'individu aux conditions du milieu extérieur.

Il serait désirable de pouvoir reconnaître de très bonne heure, dès la première enfance, les troubles du caractère. Malheureusement, on ne possède pas encore, à l'heure actuelle, de tests précis permettant de déterminer exactement une formule caractérielle. Pour obtenir cette connaissance les meilleurs renseignements émanent des instituteurs, ceux fournis par les familles étant souvent insuffisants ou erronés.

Pratiquement donc c'est à l'école qu'on reconnaît les troubles du caractère de l'enfant.

A l'école les manifestations du caractère de l'enfant sont soumises à l'examen quotidien de l'instituteur. Celui-ci constate l'instabilité de la volonté, les troubles éthiques, les perversions du sens moral qui gênent l'adaptation de l'enfant aux règles de l'école et l'empêchent de se plier à la discipline. L'enfant montre précocement son déséquilibre affectif ou ses tendances nocives.

En effet, à partir de 6 ou 7 ans l'enfant doit satisfaire aux règles qui régissent le milieu social, l'école où il doit mener une partie importante de sa vie,

Quand l'enfant ne s'adapte pas aux règles scolaires on doit en chercher les causes.

Elles sont deux : soit par débilité intellectuelle qui l'empêche d'acquérir les notions scolaires correspondant à son âge, soit par troubles du caractère.

L'étude approfondie du caractère de l'enfant à l'âge scolaire permet de prévoir quelle sera la conduite de l'adulte dans les circonstances ultérieures, comment il réagira, quelles seront pour lui-même et pour autrui les conséquences de ses actes.

En effet, une grande partie des maladies mentales de l'adulte ne sont autre chose que l'exagération d'une constitution psychique morbide, qu'on peut reconnaître dès l'enfance. (Esquirol, Heuyer et Gouriou.)

La véritable prophylaxie mentale doit en conséquence s'adresser à l'enfant. C'est chez l'enfant qu'il faut rechercher les premiers signes anormaux qui permettront de préjuger d'une constitution mentale défectueuse, d'un mauvais terrain psychique, d'une prédisposition à une maladie mentale déterminée, c'est encore à cet âge que l'influence du traitement de l'éducation peut modifier les réactions de l'enfant.

Plus tard, quelle que soit l'importance de ces facteurs, le caractère ne se modifie guère dans sa constitution, au contraire, il s'affirme davantage, il évolue dans le même sens, il s'enrichit d'éléments de même nature. (Heuyer.)

Au point de vue psychiatrique, on doit distinguer chez l'enfant les caractères suivants : émotif, cyclothymique, instable, paranoïaque, épileptoïde, pervers. Mais

souvent les cadres des constitutions morbides du caractère ne sont pas toujours bien délimités, certains symptômes sont souvent communs aux différentes formes.

Souvent aussi les troubles du caractère s'associent aux troubles de l'intelligence, le retard scolaire est alors aggravé par rapport au retard intellectuel.

Étiologie. — Parmi les autres causes étiologiques ⁽¹⁾, l'hérédo-syphilis joue un rôle important dans leur genèse. Les anomalies caractérielles d'origine H. E. peuvent revêtir tous les aspects connus.

Au congrès de Barcelone (1928), Wermeylen et Decamp insistent pourtant sur une forme qui se voit plus fréquemment et qui rappelle assez l'hypomanie de l'adulte et qui n'est pas sans certaines analogies avec le syndrome mental atténué des paralytiques généraux au début.

A ce même congrès, dans une autre communication, MM. Laignel-Lavastine et Jean Vinchon insistent sur : 1° la grande fréquence de l'H. S. comme facteur étiologique chez certains débilés et déséquilibrés émotifs, psychathéniques, maniaco-dépressifs, hétérophréniques et dans quelques cas d'automatisme mental ; 2° sur l'heureux effet du traitement ; 3° que les réactions biologiques ne sont pas indispensables pour dépister l'H. S. si un des stigmates propre à celle-ci existe.

M. Lépine, dans la discussion qui a suivi le rapport de MM. Hamel et Lopez Albo a, lui aussi, insisté sur

(1) Voir étiologie des troubles précoces de l'intelligence supra pp. 29-38.

le grand rôle étiologique que joue l'H. S. sur la production des troubles caractériels chez l'enfant.

Nous rapportons nous-mêmes trois observations de notre Maître Babonneix qui confirment pleinement cette théorie.

CHAPITRE III

TROUBLES TARDIFS

§ Premier. — FORMES TARDIVES DES TROUBLES DE L'INTELLIGENCE

En dehors des formes congénitales qui dominent vraiment toute la psychopathologie infantile, il existe des formes tardives qui apparaissent assez tardivement, et notamment au cours de la période pubérale, ou même plus tard encore.

C'est encore le professeur Fournier qui a attiré l'attention sur ces formes tardives.

« A un moment donné, écrit-il, l'intelligence semble subir un arrêt dans son développement. Elle devient moins vive, moins éveillée, comme alourdie, engourdie, paresseuse. Si l'enfant a commencé son éducation, ses maîtres et ses parents s'aperçoivent qu'il apprend moins facilement, qu'il est plus lent à comprendre ce qu'on lui explique, qu'il manque de mémoire, qu'il sait moins bien ses leçons et qu'il ne les retient pas, que ses

devoirs sont mauvais, semés de fautes qu'il n'avait pas l'habitude de commettre et parfois même d'étranges balourdises, qu'il est distrait, que sa faculté d'attention semble diminuée, qu'un travail quelconque, même peu prolongé, le fatigue et l'énerve, etc... »

Dans d'autres cas, l'intelligence non seulement ne se développe pas, mais semble même regresser. Fournier a encore noté cette particularité. « Non seulement, écrit-il, il n'a plus fait de progrès depuis un certain temps, mais il a *désappris* positivement, il a perdu ce qu'il savait et se trouve en retard actuellement sur ce qu'il était il y a quelques mois. » Dans ce cas, il s'agit de manifestations démentielles et dont la cause est souvent l'H. S.

Presque constamment avec cette défaillance de l'intelligence, il coexiste des troubles du caractère.

Le traitement antispécifique améliore souvent ces troubles intellectuels, surtout quand le développement intellectuel est gêné par les troubles du caractère et en tout premier lieu, par l'instabilité du sujet. L'enfant devenant plus calme et maître de lui, plus capable de fixer des notions nouvelles et de s'appliquer à les utiliser.

Il est également améliorable dans la mesure où le déficit est fonctionnel et n'atteint pas le fond intellectuel lui-même. C'est ainsi qu'on peut voir de jeunes idiots, sous l'influence du traitement, progresser au point de vue intellectuel, dans les limites mêmes de leur idiotie, alors qu'auparavant ils étaient restés de longues années stationnaires. Il se produit en fait alors, ce qu'on cons-

tate chez certains paralytiques généraux malarisés qui, tout en ne récupérant pas leur intégrité intellectuelle entière, s'améliorent dans la mesure où leur déficit mental dépend de troubles cérébraux fonctionnels. (Dé-camps, Vermeyley.)

§ 2. — FORMES TARDIVES DE TROUBLES DU CARACTÈRE

En dehors des formes précoces, il existe des formes tardives de troubles du caractère en rapport avec l'H. S. Ces formes tardives sont d'une interprétation plus délicate plus on avance en effet en âge, et plus l'étiologie hérédo-syphilitique devient difficile à affirmer et à prouver. Elles se déclenchent surtout au cours de la période pubérale et sont conditionnées par le coup de fouet endocrinien inhérent à cette période.

MM. Vermeyley et Decamp ont suivi, pendant plusieurs années, au point de vue mental, tous les enfants qu'un examen très précis leur avait révélé être hérédo-syphilitiques.

De l'ensemble des constatations faites de cette manière ils déduisent un principe de base qui a presque la rigueur d'une loi. Ils disent, en effet, que dans tous les cas d'hérédo-syphilis certaine, l'enfant est ou sera atteint au point de vue neuro-psychique. Ils décrivent trois formes tardives.

1° Les troubles mentaux à l'allure psychasthénique avec aboulie, désintérêt social et professionnel, timidité, inertie psychique survenant aux environs de la puberté, chez un individu jusque là normal au point de vue psychique.

2° le syndrome de la démence précoce, à type surtout hébéphrénique.

3° la forme hypomaniaque, avec euphorie, logorrhée, assurance immotivée, hyperactivité inutile ou nuisible.

Le traitement antisypéritique fait merveille au point d'étonner les parents eux-mêmes. Il agit, soit directement sur le tréponème, au cas d'un réveil tardif de l'infection provoqué par une infection intercurante, soit indirectement en améliorant surtout les troubles endocriniens.

§ 3. — DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DES TROUBLES TARDIFS DE L'INTELLIGENCE ET DU CARACTÈRE

Outre les tares morbides héréditaires, d'autres, celles-là acquises, viennent encore compliquer le diagnostic étiologique. Infections banales de l'enfance, intoxications endogènes et exogènes, tuberculose, carences alimentaires, hérédo-syphilis tardive, etc.

Comment, entre ces causes, opérer une discrimination ? Comment établir que l'une d'elles intervient d'une manière exclusive ou au moins prépondérante ? En faveur de l'hérédo-syphilis militent les arguments suivants :

1° Les antécédents héréditaires spécifiques ;

2° La constatation chez le petit malade des signes de l'H. S. ;

3° Les réactions biologiques positives ;

4° L'heureux effet du traitement antisypéritique.

Mais ce qui caractérise les encéphalopathies infantiles hérédo-syphilitiques qu'elles soient congénitales ou

tardives, c'est la coexistence avec les troubles psychopathiques d'autres troubles nerveux, moteurs, sensoriels, etc..., de telle sorte que les syndromes réalisés par l'hérédo-syphilis sont complexes.

En effet, les formes initiales peuvent être monosymptomatiques, mais ultérieurement aboutissent, surtout dans une époque avancée de leur évolution, à un ensemble symptomatique plus uniforme, presque identique même d'un cas à l'autre. Donc, au total, comme l'écrivait Fournier il y a quelque trente-cinq ans, variabilité de début et uniformité du dénouement.

A ces troubles nerveux s'associent souvent, soit des perturbations endocriniennes, soit des malformations, soit des phénomènes morbides portant sur la plupart des appareils, sur le squelette, soit enfin des troubles de l'état général.

Ce polymorphisme, cette association, chez un malade, des phénomènes les plus divers : moteurs, intellectuels, sensoriels, endocriniens, etc... caractérise, comme le dit notre Maître, M. Babonneix, les encéphalopathies hérédosyphilitiques.

Pourquoi ce caractère si particulier aux encéphalopathies infantiles produites par l'hérédo-syphilis ? Pourquoi cette complexité de la symptomatologie ?

Voici les réponses de notre Maître, aux questions précédentes, basées aux travaux anatomo-pathologiques, de ces dernières années.

1° L'hérédo-syphilis crée à la fois des malformations et des lésions inflammatoires.

2° Les malformations peuvent être primitives ou

secondaires. Les premières sont dues comme disent les Allemands, à l'intoxication du germe ; les secondes, à un processus inflammatoire précoce ayant empêché ou troublé le développement normal des organes.

3° Les lésions inflammatoires peuvent survenir à n'importe quel moment : durant la vie intra-utérine, dans les premiers mois de la vie extra-utérine ; à une époque ultérieure.

Frapper simultanément plusieurs appareils et, dans un même appareil plusieurs points, plus ou moins éloignés les uns des autres, s'éteindre pour se rallumer au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Ces notions, comme l'écrit notre Maître, expliquent de la manière la plus satisfaisante la complexité des troubles observés. Ne sont-ils pas eux mêmes sous la dépendance de lésions essentiellement complexes : malformations simples, processus inflammatoires, malformations liées au processus inflammatoire ? Ces lésions ne sont-elles pas d'âge très différent : les unes précoces, contemporaines de septicémie du début, les autres, tardives ? Loin de rester cantonnées au système nerveux, ne peuvent-elles atteindre la plupart des grands appareils ?

DEUXIÈME PARTIE

HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

Comment agit l'hérédo-syphilis dans la production des troubles psychiques de l'enfance ? En tenant compte des travaux qui ont été consacrés à cette question on peut répondre que la syphilis héréditaire agit par plusieurs mécanismes.

1° Elle peut intervenir directement sur l'encéphale ou indirectement, c'est-à-dire par retentissement de voisinage par un de ces processus habituels, méningite, vascularite ostéites ou par un processus mixte. (Fournier.)

2° Elle peut conditionner par une atteinte de l'embryon des lésions encéphaliques tératologiques (Scarpattetti, Melissinos, Ch. Robin.)

3° Elle peut léser les glandes endocrines qu'elle rend impropres à remplir leur rôle dans l'harmonie du développement et du fonctionnement de l'individu. La plupart des glandes endocrines chez les hérédo-syphilitiques, fourmillent de spirochètes. (Hutinel, Barthélémy.)

En effet, l'hérédo-syphilis dite toxinique n'est qu'une H. S. endocrinienne, dont dépendent la plupart des dystrophies de l'enfance.

L'hypophyse a été trouvée altérée par Simons, Schmidt, Maranon et Lopez Albo trouvent le diabète insipide chez des H. S. avérés.

Lereboullet et Castellani signalent l'infantilisme hypophysaire ou testiculaire chez les H. S.

4° Elle peut entraîner par ses lésions plus ou moins discrètes des insuffisances ou des débilites d'organes (foie, rein), dont les troubles vicient le milieu humoral (auto-intoxication, perturbation des métabolismes).

Dans l'hérédo-syphilis, se crée un état spécial, une tare humorale, véritable diathèse syphilitique (Ravaut). C'est (Hutinel et Maillet), l'apparition d'un tempérament morbide qui dominera la constitution de l'individu, et imprimera sa marque sur toutes les maladies.

Si le tréponème est la cause immédiate des dystrophies locales, signature de la syphilis, il n'en est plus de même pour les dystrophies générales, qui sont d'origine, mais non de nature syphilitique. Hutinel a mis en relief le rôle des lésions et des troubles fonctionnels des endocrines dans la genèse de ces dystrophies. Trois mécanismes souvent intrigués, peuvent intervenir.

1° Dystrophie nerveuse cérébrale, isolée ou non.

2° Altération du milieu humoral (sang L.C.R.) par viciation des hormones régulatrices.

3° Déséquilibre, dystonie neuro-végétative.

En définitive, il faut considérer l'hérédo-syphilis comme constituant par ses troubles organiques spéci-

fiques (lésions nerveuses, méningites, vascularites) ou fonctionnels (lésions viscérales, endocrino-végétatives) un terrain diathésique particulier, dont les stigmates physiques ne sont que les plus apparents, sur lequel apparaissent les psychopathies du jeune âge. C'est le facteur prédisposant par excellence.

Si l'infection, par les lésions qu'elle détermine, dépasse le seuil de désorganisation au delà duquel le cerveau cesse de fonctionner normalement, elle devient aussi facteur *déterminant*. Sur ce terrain peuvent agir d'autres causes. Si ces dernières sont héréditaires (hérédité alcoolique, nerveuse, tuberculeuse, diathésique) il y aura association. Si elles sont acquises, il y aura *superposition* de facteurs nouveaux qui pourront déclencher la maladie ou faire apparaître des troubles jusqu'alors latents : ainsi agiront la tuberculose, les carences alimentaires, les infections, l'alcoolisme, les émotions.

Enfin, l'H. S. après avoir constitué un terrain peut, par un réveil tardif de l'infection, après la puberté déterminer des affections mentales nouvelles chez des sujets apparemment sains. (Hamel et Lopez-Albo.)

L'importance d'une telle conception sur le rôle de l'H. S., nous l'espérons bien, n'échappera à personne vu les déductions thérapeutiques qui doivent en résulter

CONCLUSIONS

a) L'hérédo-syphilis est la cause de bien des troubles psychiques de l'enfance, ainsi qu'en témoignent des arguments de divers ordres.

1° *Anatomiques* : Présence de lésions cérébrales spécifiques constatées à l'autopsie de jeunes sujets ayant présenté des troubles divers d'intelligence et du caractère.

2° *Etiologiques* : Aveux des parents ou des grands-parents : constatation chez les uns ou chez les autres de signes évidents de syphilis : ostéopériostites, gommes, artérites ou des maladies attachées à cette infection, tabès, paralysie générale, anévrysme de l'aorte, etc.

3° *Cliniques* : Présence chez les malades ou chez leurs frères et sœurs des stigmates : (dents d'Hutchinson, kératite interstitielle, etc.)

4° *Biologiques* : Présence chez les malades ou chez les parents ou chez leurs frères et sœurs d'une réaction de B. W. positive, soit spontanément, soit après réactivation.

b) Amélioration dans certains cas des troubles observés, sous l'influence du traitement spécifique.

c) A la syphilis héréditaire peuvent s'ajouter d'autres causes : traumatismes obstétricaux, alcoolisme, etc., mais le fait qu'on peut voir chez les malades une malformation cardiaque ou chez les parents un B. W. positif montrent que dans ce cas, comme l'a dit le professeur Couvelaire, il y a déjà bien du temps, le traumatisme obstétrical n'est pas tout.

d) Les troubles psychiques liés à l'hérédo-syphilis peuvent présenter toutes les formes. Les plus anciennement connues sont les troubles intellectuels décrits sous les noms arriération mentale, débilité, idiotie, imbecillité, etc. Mais nous commençons à connaître les troubles du caractère, dont la cause étiologique est bien souvent l'H. S.

e) Il est possible que dans certains la démence précoce est d'étiologie hérédo-syphilitique.

f) N'oublions pas que certains troubles psychiques sont conditionnés par des lésions des glandes vasculaires sanguines.

g) En présence d'un trouble psychique de l'enfance, il y aura donc lieu de rechercher la syphilis héréditaire, en utilisant toutes les méthodes connues d'investigation soit cliniques soit du laboratoire et d'instituer un traitement antispécifique d'autant plus énergique que la maladie est d'autant plus ancienne et plus grave.

VU : le Doyen,
BALTHAZARD.

VU : le Président,
NOBÉCOURT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

APPENDICE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{me} G. A., 13 ans, est amenée par sa mère à la consultation de M. Babonneix pour instabilité et arriération.

A. H. : Père bien portant, ni névropathe, ni alcoolique, ni tuberculeux.

A. C. paternels : Un père interné.

Mère bien portante, mais sourde.

A. C. maternels : Deux frères morts tout jeunes. L'un avait présenté des convulsions.

A. C. personnels : Une sœur mort-née. Une autre bien portante.

A. P. : Née à terme, grossesse normale, accouchement normal. Elle pesait à la naissance 4 kil. 340. Première dent à 2 ans. Parole à 2 ans. A marché à 3 ans.

A 2 ans, convulsions avec réaction méningée.

Examen somatique : Faciès adenoïdien, dents examinées par M. Milian qui a trouvé le bord libre des incisives supérieur aplati, crénelé; ce n'est pas des dents d'Hutchinson, mais les lésions qu'elles présentent sont caractéristiques de la syphilis héréditaire.

Glossoptose, instabilité motrice. Pieds plats. Réflexes vifs. Troubles de la parole.

Réactions biologiques : B. W. positif pour la fille, légèrement positif pour la mère.

Le niveau mental de la malade est celui d'un enfant de 4 ans, donc imbecilité.

OBSERVATION II

(M. BABONNEIX).

Il s'agit d'une famille dont l'histoire pathologique est très complexe.

Parents bien portants, ne sont pas consanguins.

La mère a successivement fait trois fausses couches.

A eu une fille, née à terme, qui vers deux à trois ans a été sujette aux convulsions.

Fait une quatrième fausse couche.

Eu un enfant mort-né, venu au monde quinze jours avant terme.

Eu un enfant de sexe masculin qui, vers neuf mois, a souffert de convulsions, actuellement âgé de 9 ans et qui ne peut rester nulle part; violent, vicieux, instable, surnois, il a été mis à la porte de toutes les pensions où on l'a placé, quand une fugue ne l'en a pas éloigné.

Une petite fille, née un mois avant terme et morte à 13 mois.

Fait deux autres fausses couches.

Eu un enfant né deux mois avant terme, atteint d'hydrocéphalie congénitale, qui a souffert, à la naissance, d'ictère grave; à un an, de convulsions, et qui est très arriéré; âgé de 5 ans, il commence à peine à parler, n'est pas encore propre; il est violent et impulsif, méchant, ne cherchant qu'à faire mal. En somme, gros troubles du caractère avec arriération.

OBSERVATION III

J. C., 10 ans.

A vu déjà plusieurs spécialistes avant de consulter M. Babonneix pour des troubles du caractère, consistant en impulsions coléreuses; sans aucune raison il se fâche, se jette sur sa mère ou sa gouvernante, les roue de coups en proférant les jurons les plus grossiers.

A. H. : Le père est syphilitique; de plus, se marie en pleine roséole.

Mère est contaminée par son mari; présente des céphalées nocturnes violentes; le B. W. fortement positif.

A. P. : Le jeune Claude a eu une petite enfance délicate. Sujet à la micropolyadénopathie, il a présenté jadis la maladie de vomissements habituels.

A l'examen somatique, on trouve : bosses frontales saillantes, axyphoïdie, irrégularités dentaires.

Le traitement antispécifique l'a complètement transformé en faisant disparaître les crises de colère qui inquiétaient tant son entourage.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. LONJUMEAU).

Jean, 21 ans.

A. H. : Père syphilitique, peu soigné. Mère avait des crises comitiales qui ont disparu par un traitement antispécifique.

Né avec pemphigus, mais on ne l'a pas soigné. A 4 ans, enfant sauvage, ne joue pas, ne s'intéresse à rien, ne pose aucune question à ses parents.

A 11 ans, à l'occasion d'une diphtérie, apparaît une éruption; le médecin qu'on a consulté à ce moment fait une prise de sang et trouve la réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

Attitude à l'école : Mauvais élève, paresseux, inatten-

ul. orgueilleux, menteur; d'ailleurs timide et maladroit. Aussi était-il le souffre-douleur de ses camarades.

A cause de son mauvais caractère, on le renvoie de toutes les pensions où on le met.

Après son échec au baccalauréat, on le place d'abord chez un ami de son père, mais il se livre à de telles excentricités qu'on doit le retirer aussitôt; puis dans une maison de commerce, puis dans une administration.

Partout l'insuffisance de son travail, ses écarts de langage, ses tendances à la pédérastie le font renvoyer.

Signes somatiques : Forte myopie (10 dyoptries), axyphoïdie, strabisme interne de l'œil droit, scoliose, lésions dentaires.

OBSERVATION V

(M. Gilbert ROBIN).

B... Yvonne, 13 ans.

A. H. : Père mort de P. G. à Bicêtre.

Grand-père paternel serait mort également de P. G.

Un cousin-germain de son père est hydrocéphale.

Mère a fait trois fausses couches; morte à l'âge de 30 ans par embolie à la suite d'une fausse couche.

Grand-père maternel mort de P. G.

A. C. : 4 frères. Le premier mort de diphtérie; les deuxième et troisième bien portants, le quatrième arriéré avec B. W. positif.

A. P. : Née à terme; accouchement et grossesse normaux. Premier pas à 18 mois; première parole à 2 ans.

Tout bébé, restait dans son berceau immobile, les yeux vagues.

Potomanie presque journalière; buvait n'importe quel liquide, même l'eau de sa cuvette ou l'eau des cabinets. A l'examen somatique, on trouve bosses frontales saillantes, microcéphalie, dents crénelées.

Son niveau mental est celui d'un enfant de 9 ans.

Caractère émotif, pleure facilement, apathique, manque d'attention, capricieux, mais plutôt gai; paresseux.

A l'école, on se plaint surtout de son inattention.

Le désir actuel de l'enfant est d'être femme de ménage.

Le B. W. fait il y a 4 ans était fortement positif; actuellement, à la suite d'un traitement spécifique énergétique, est négatif.

Le traitement a considérablement amélioré l'enfant.

OBSERVATION VI

C... Auguste, 8 ans.

Vient consulter, au triage des enfants nerveux, le D^r G. Robin, pour troubles du caractère.

A. H. : Père saturnin, mais saturnisme postérieur à la naissance de l'enfant.

Mère nerveuse; a fait trois fausses couches.

A. C. : Un frère qui présente les mêmes troubles que lui avec B. W. positif.

A. P. : Grossesse normale, accouchement normal.

Premiers pas à 17 mois. Première parole à un an. Première dent à 4 mois.

C'est un enfant instable, agité, turbulent, surtout à l'école où on doit lui retirer ses chaussures pour l'empêcher de courir dans la classe.

Coléreux, il frappe sa mère; pendant la nuit, s'agite; émotif.

Le B. W. est négatif, mais, comme nous l'avons dit, il est fortement positif chez son frère qui du reste présente les mêmes troubles psychiques que lui.

Signes physiques : Dents crénelées, grosse tête à la limite de l'hydrocéphalie, front bombé.

OBSERVATION VII

(M. BABONNEIX).

X... Daniel, 9 ans.

A. H. : Père bien portant; mère bien portante, mais délicate; elle a fait une fausse couche.

A. P. : Grossesse normale, accouchement normal.

A 9 mois, convulsions par accès de 3 minutes, avec perte de connaissance et cyanose; après la crise, inertie, pâleur extrême.

A 18 mois, méningite. Il est resté deux mois au lit.

L'enfant a parlé pour la première fois à 15 mois, mais depuis ne parle plus.

Il est coléreux, bat son frère sans cause.

Signes somatiques : Dolycocéphalie, très petite taille, microdontisme, dents érodées, gros ventre, ectopie testiculaire gauche.

Le B. W. a été fait deux fois. La première était fortement positif. Actuellement, est négatif à la suite d'un énergique traitement spécifique.

OBSERVATION VIII

(M. BABONNEIX).

X... Christine, 10 ans.

A la naissance, elle pesait à peine 4 livres. Elle a été soignée par le D^r Lance pour une luxation congénitale.

Etat actuel : Très petite, avec retard intellectuel très marqué; à l'école, suit difficilement sa classe où sont les enfants de 6 à 7 ans.

Le D^r H. Collin, qui l'a vue, a prescrit un traitement antispécifique.

Examen somatique : Maladroite, raideur de membres, strabisme interne de l'œil droit, exostose frontale gauche.

Coléreuse, impulsive, pusillamine avec gros retard intellectuel et scolaire.

OBSERVATION IX

(A. BABONNEIX).

A... Jacques, 24 ans.

Est entré au Centre neuropsychiatrique de la première Armée pour des troubles moteurs, de type tabéto-carebelleux, datant d'un an.

C'est, de plus, un épileptique. Le D^r Rousseau lui a trouvé des dents d'Hutchinson typiques. Son intelligence est rudimentaire. Chacun de ses actes est marqué au coin de périlité.

Il rit sans motif à tout instant. Son caractère est doux et faible, sa parole difficile à suivre.

Son niveau mental, mesuré par les tests de Binet et Simon, correspond à celui d'un enfant de 9 ans.

Le malade a bien pu résoudre, en effet, les questions posées aux enfants de cet âge, mais il n'est sorti d'aucune de celles qu'on pose aux enfants de 10 ans.

Quant aux connaissances pédagogiques, elles ne dépassent pas le niveau de 8 à 9 ans.

OBSERVATION X

(M. BABONNEIX).

D... Germaine, 15 ans.

Est atteinte d'hémiplégie spasmodique compliquée d'arriération mentale et de troubles du caractère.

Sa sœur souffre de paraplégie spasmodique type Marfan, laquelle, comme on sait, est toujours en relation avec l'hérédo-syphilis.

Elle-même a présenté à la naissance une roséole typique; elle a des dents d'Hutchinson et des signes oculaires, constatés par M. Dupuy-Dutemps, qui ne laissent place au moindre doute.

Kératite interstitielle, signe d'Argyll-Robertson.

OBSERVATION XI

M^{lle} X... Suzanne, 10 ans.

Il existe, d'une part, des signes somatiques, microcéphalie, strabisme interne, voûte ogivale; de l'autre, un gros retard intellectuel. Déjà, le strabisme interne, si fréquent dans l'hérédo-syphilis nerveuse, avait attiré l'attention. De même, les dents irrégulières, mal plantées. Mais voici une raison péremptoire d'incriminer le tréponéum. La réaction de B. W. est faiblement positive pour l'enfant, nettement pour le père.

OBSERVATION XII

X..., 3 ans et demi, est conduite à la consultation de M. Babonneix, à l'hôpital Saint-Louis, pour retard intellectuel. Elle est, de plus, atteinte de tétraplégie spasmodique congénitale.

Son père a été soigné par Milian, il y a quelques mois, pour gomme testiculaire.

Il s'agit, en somme, d'un cas qui ne laisse aucun doute sur sa cause étiologique.

OBSERVATION XIII

X... Maurice, 11 ans, est amené à la consultation de M. Babonneix pour gros retard intellectuel; il ne parle pas et paraît à peine reconnaître les siens. On constate, de plus, chez lui, des symptômes assez complexes : les uns, d'ordre général : pâleur, apparence cachectique, poids et taille très inférieurs à la normale, luxation congénitale de la hanche; les autres, d'ordre neurologique : opisthotonos permanent, engouement, verticalisation de l'occipital, pieds-bots; le tout consécutif à une « méningite » survenue vers le sixième mois. On songe à l'hérédo-syphilis, pour les raisons suivantes :

1° Altérations dentaires. La plupart des dents, ou ne sont jamais sorties, ou sont déjà tombées, et il ne reste que les incisives médianes, striées, et dont les supérieures sont obliques convergentes.

2° L'existence chez son frère, âgé de 18 mois, de microdontisme et de paralysies oculaires. (Dupuy-Dutemps.)

OBSERVATION XIV

X... Hubert, 12 ans.

On l'amène à la consultation de M. Babonneix pour troubles du caractère. En effet, c'est un enfant inattentif, instable, « parfaitement insupportable », faible, étourdi, très paresseux, disent à l'envi tous ses bulletins scolaires, qui se plaignent en outre de son désordre, de sa malpropreté, de son manque de goût. Cet état date de trois ans; auparavant il était normal.

Ayant appris que le père avait contracté la syphilis quatre ans avant son mariage, MM. Babonneix et LobjumEAU ont institué un traitement spécifique énergique. Le résultat thérapeutique est remarquable. Tous ces troubles ont disparu, au point d'étonner même les professeurs de l'enfant qui ignoraient l'origine.

OBSERVATION XV

M^{lle} X... Andrée, 28 ans.

A. H. : Père mort d'une aortite syphilitique.

C'est une microcéphale, débile, arriérée, incapable de se conduire toute seule. Son niveau mental est de 6 ans. Aboulique.

Sa sœur, âgée de 7 ans, la dirige à sa volonté.

Elle a été examinée plusieurs fois par divers aliénistes; elle a été jugée par un conseil judiciaire comme incapable de se conduire toute seule.

Signes somatiques : Petite taille, microcéphalie, déviation du nez, voûte ogivale, strabisme interne de l'œil droit, oreilles décollées.

OBSERVATION XVI

B... Jacques, 9 ans. Est venu consulter le Docteur Babonneix pour un état subfébrile très ancien, probablement dû à une adénopathie trachéo-bronchique et pour un syndrome adiposo-génital récent, accompagné de nervosité.

A. C. : Un frère et une sœur arriérés; celle-ci a eu jadis des crises épileptiques.

La réaction de B. W. faite à plusieurs reprises chez le père était toujours légèrement positive.

OBSERVATION XVII

(M. BABONNEIX).

D... Emile, 12 ans. Vient consulter pour hémianopsie interne de l'œil gauche.

A l'examen, on constate : 1° une arriération intellectuelle très prononcée; 2° de gros troubles du caractère.

La réaction de B. W. a été trouvée chez lui fortement positive pour le sang.

OBSERVATION XVIII

(M. BABONNEIX).

V.... 5 ans.

A. H. : La mère a fait toute une série d'accouchements avant terme ou mort-nés.

A. P. : Né 2 mois avant terme; maladie des vomissements habituels; ictère grave.

A. C. : Un frère qui présente de gros troubles du caractère.

Une sœur épileptique. Lui-même sujet aux convulsions.

Actuellement gros troubles intellectuels et caractériels.

OBSERVATION XIX

X... Dorothée, 4 ans. Vue par M. Babonneix.

Est amenée à la consultation pour retard intellectuel.

Signes somatiques : Tétraplégie spasmodique avec athétose du membre supérieur gauche, engouement, voûte ogivale.

La réaction de B. W. est fortement positive chez le père et la mère.

L'enfant est d'ailleurs une jumelle, l'autre étant morte à la naissance.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMSON. — Examen psycho-pédagogique de l'enfant. *Journal Méd. français*, juin 1929.
- AUBLANC. — Etiologie de l'épilepsie et de l'idiotie. *Thèse de Lyon*, 1913-14.
- BABONNEIX. — 1) Syphilis héréditaire du système nerveux. *Recueil d'articles et d'observations de l'auteur*. Masson, éd., Paris, 1930. — 2) L'arriération intellectuelle est souvent due à l'H. S. *Gaz. Hôp.* 1930, n° 1. — 3) Nouveau cas d'hérédo-syphilis nerveuse. *Gaz. Hôp.*, n° 2, janvier 1931.
- BONNIS. — Le développement de l'intelligence chez les arriérés. *Thèse de Paris*, 1926.
- DOP. — De l'étiologie dans l'arriération mongolienne. *Thèse de Paris*, 1923-24.
- FOURNIER. — 1) *La Syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886. — 2) *L'Hérédité syphilitique*. Paris, 1891.
- HAMEL et LOPEZ ALBO. — Du rôle de l'Hérédo-Syphilis dans l'étiologie des maladies mentales. *Rapport au Congrès de Barcelone* (21-26 mai 1929).
- HEYER. — 1) Enfants anormaux et délinquants juvéniles. *Thèse de Paris*, 1913. — 2) Avec Gouriou. Les troubles du caractère chez l'enfant. *Journal Médical français*, juin 1929.
- HUTINEL et BABONNEIX. — *Les maladies des enfants*.

GILBERT ROBIN. — Les arriérés. Considérations sur l'arriération intellectuelle simple. *Journal Méd. français*, juin 1929.

LAIGNEL-LAVASTINE. — 1) Troubles psychiques dans les syndromes glandulaires. — 2) Avec Vinchon. L'H. S. chez les malades de la consultation neuro-psychiatrique de la Pitié. (*Communication au Congrès de Barcelone.*)

LEG. — H. S. et intelligence. *Gazette médicale*.

LIPMANN. — Le B. W. chez les idiots. *Deutsch med. woch*, décembre 1909, n° 49, page 2188.

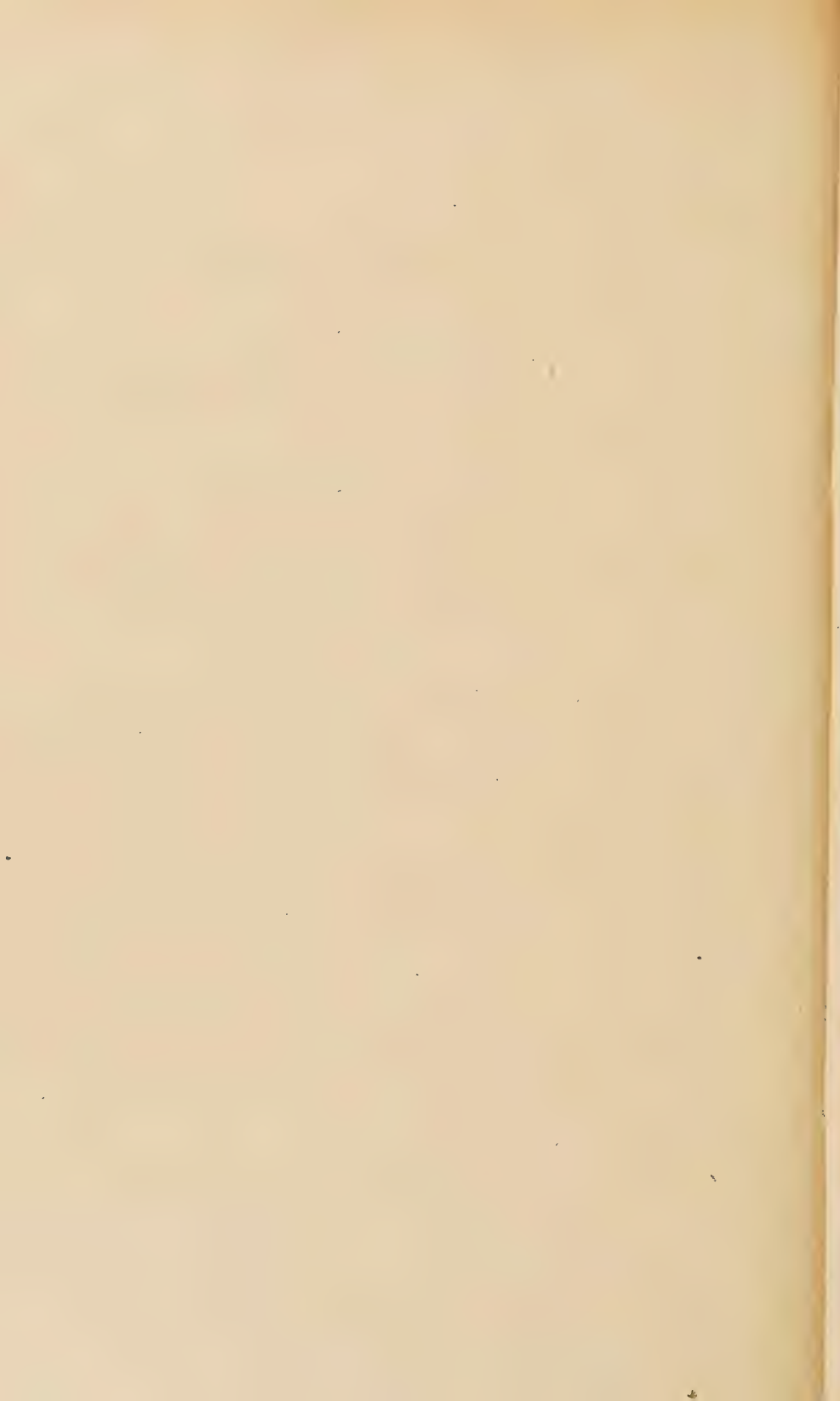
MALE. — Le rôle de l'H. E. dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance. *Thèse de Paris*, 1927.

MILIAN et QUEYRAT. — *Conférence de la S. H. Paris*, décembre 1925.

PAUL-BONCOUR. — 1) Anomalies caractérielles de l'enfance. Congrès des éducateurs d'arriérés, 1924. — 2) Introduction à l'étude de la jeunesse mentalement anormale. *Journal Méd. Fr.*, juin 1929. — 3) Du rôle de l'intoxication dans la genèse des anomalies infantiles. *Congrès des éducateurs d'arriérés*, Lyon, 1912.

SIMON (Th.). — 1) La mesure du développement de l'intelligence. *Conf. au Collège de France*, 14 juin 1926. — 2) Peut-on fixer une limite supérieure à la débilité mentale ? *Annales médico-psychologiques*, 3 mars 1921.

VERMEYLEN et DECAMPS. — Considérations sur l'H. S. en psycho-pathologie infantile. *Commun. au Congrès de Barcelone*.



45